



Fragebogen

Dieser Fragebogen soll den Therapeuten und den Beratern einen Überblick über Ihre gegenwärtige Situation, Ihre Persönlichkeit und Ihre Probleme ermöglichen. Er erleichtert die Beratung und die Behandlung; Ihnen erspart er Zeit. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen oder nicht beantworten können, lassen Sie diese aus.

Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Personalien:

Name _____ Vorname _____

geb. am _____ geb. in _____

PLZ/Wohnort _____ Straße _____

Telefonnummer _____ Handy-Nr. _____

e-mail _____ Staatsangehörigkeit _____

Herkunftsfamilie:

Alter des Vaters _____ Alter der Mutter _____

Beruf _____ Beruf _____

Eltern verheiratet/ getrennt lebend/ geschieden/ verwitwet



Geschwister:

Anzahl _____ Brüder _____ Schwestern _____

Name und Alter der eigenen Geschwister

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Eigene partnerschaftliche Beziehung zur Zeit ja/ nein früher ja/ nein
verheiratet/ getrennt lebend/ geschieden/ verwitwet

Eigene Kinder ja/ nein

Name und Alter der Kinder

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Derzeitige Wohnsituation:

Alleinlebend/ bei den Eltern/ mit Partner/ Wohngemeinschaft/ mit Partner und Kindern, etc.

Schulabschluss _____



Beruflicher Werdegang (bitte kurz schildern):

Derzeitige berufliche Situation:

Selbständig/ angestellt/ arbeitslos/ berentet/ krankgeschrieben, etc.

Behandelnder Psychiater/ Psychotherapeut: _____

Adresse und Telefon-Nr. _____

Hausarzt _____

Adresse und Telefon-Nr. _____

Medikamente _____

Welche besonderen Krankheiten haben Sie gehabt?

Klinikaufenthalte:

Welche Klinik _____

Aufenthalt von _____ bis _____

Warum? _____



Welche besonderen Krankheiten sind in Ihrer Herkunftsfamilie/ Verwandtschaft aufgetreten?

Sind Diagnosen gestellt worden? Wenn ja, welche und durch wen?

(Bitte Kopien der Berichte beilegen!)

Wurden Sie schon therapeutische behandelt?

Wenn ja, in welcher Form, wann und durch wen?

Wer hat Ihnen das Autismus-Therapie-Zentrum empfohlen?

Warum wenden Sie sich an das Autismus-Therapie-Zentrum?

Welche Sorgen oder Schwierigkeiten haben Sie?

Wann haben Sie oder andere Personen Auffälligkeiten bemerkt?

Welche und wann?

Durch wen? _____



Wie würden Sie sich selbst beschreiben?

Wie würden denn wohl andere Leute Sie beschreiben?

Wer sind die wichtigsten Menschen in Ihrem Leben?

Wie kommen Sie im Allgemeinen mit ihnen aus?

Haben Sie den Eindruck, dass die Art und Weise, wie Sie üblicherweise auf Dinge und Ereignisse reagieren, zu Problemen im Umgang mit anderen Leuten führt? (Wie ist es zuhause? In der Schule? Bei der Arbeit) (In welcher Weise?)

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit?

Wenn Sie Ihre Persönlichkeit in einigen Punkten ändern könnten, in welcher Beziehung wären sie gerne anders?

Bitte denken Sie daran, uns diesen Fragebogen ausgefüllt baldmöglichst, spätestens jedoch drei Werktage vor Ihrem ersten Gesprächstermin im Autismus-Therapie-Zentrum zukommen zu lassen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!